

Stellungnahme

im Nachgang zur öffentlichen Anhörung zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) am 16.01.2019

Bundesweite Vergütungen

LOGO Deutschland spricht sich für bundesweite Vergütungen aus. Sicherzustellen ist, dass in den Kassenbezirken, die aktuell nicht von einer Erhöhung profitieren, die Preise weiter angehoben werden. Bestehende strukturelle Unterschiede zwischen einzelnen Bundesländern sind nicht größer als solche innerhalb eines einzelnen Landes.

Auch mit bundesweiten Höchstpreisen können Selbstständige derzeit in keinem Bundesland ein Betriebsergebnis erzielen, welches so hoch ist wie ein entsprechendes Gehalt im TVöD. Inhaber*innen von versorgungssichernden Kleinpraxen müssen jede Woche mehr als 10 Stunden länger arbeiten, um ein solches überhaupt erzielen zu können. Erforderliche Rückstellungen sind dabei noch gar nicht eingerechnet!

Vordergründig beeindruckende Zahlen, d.h. Steigerungen bereits erfolgter und auch anstehender Preisvereinbarungen in Höhe von ca. 30 Prozent, verschleiern den Blick auf den tatsächlich erforderlichen finanziellen Mehrbedarf aller Praxen zur Sicherung ihrer eigenen Wirtschaftlichkeit und Voraussetzung für eine entsprechende Bezahlung von Angestellten.

Quelle: www.logo-deutschland.de/gutachten

Versorgungssicherung: Kleinpraxen

Bessere Vergütung als Anreiz zum Schritt in die Selbstständigkeit und die Zunahme nicht erwünschter Kleinpraxen: Derartige Aussagen in Stellungnahmen von Krankenkassen werfen die Frage auf, wie ernst diese ihren Sicherstellungsauftrag gerade in der Fläche nehmen.

Eine Logopädin/eine Angehörige einer ähnlichen Berufsgruppe versorgt im Schnitt ca. 5200 Menschen. Als Selbstständige auf dem Land in einer Klein- oder Kleinstpraxis sichert sie genau diese, gesetzlich vorgesehene, kontinuierliche, ortsnahe Versorgung kranker Menschen.

Eine auch seitens der Politik immer wieder vorgeschlagene Lösung mit der Idee, eine verbesserte Wirtschaftlichkeit zu erreichen, lautet: Weg von Einzel- und hin zu großen Praxen oder auch medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Das funktioniert in unserer Berufsgruppe aber nicht: Große Praxen und/oder MVZ konzentrieren sich auf Kernorte oder Kreisstädte – Wege für Patient*innen werden weiter und umgekehrt die Hausbesuchswege länger. Die Zechen zahlen die Betroffenen.

Die Kostenersparnis bei Heilmittel übergreifenden Praxisgemeinschaften ist sehr überschaubar: Die Zulassungskriterien muss jede Disziplin separat erfüllen, sodass es bei der gemeinsamen Nutzung von Wartebereich und Toiletten bleibt.

Ob Selbstständige in Kleinpraxen auf dem Land mit einer niedrigen Kostenstruktur arbeiten oder in größeren Praxen in Städten mit höheren Kosten und Angestellten, die diese erwirtschaften müssen, ist völlig egal: Fakt ist, dass auch mit bundesweiten Höchstpreisen weder Praxisinhaber*innen Betriebsergebnisse analog zum TVöD erzielen noch Angestellte entsprechend bezahlt werden können.

Zudem wächst mit zunehmender Größe einer Praxis exponentiell das wirtschaftliche Risiko für die Inhabenden. Die vielen Brandbriefe des Aktionsbündnisses „Therapeuten am Limit“ um den Physiotherapeuten Heiko Schneider zeigen, wie schnell diese von Insolvenz bedroht sind, wenn sie freiwerdende Stellen nicht zeitnah besetzen können - Fixkosten wie Miete für große Räumlichkeiten laufen weiter. Mietverträge lassen sich aber nicht kurzfristig abändern.

Kleinpraxen sichern die Versorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten.

Eine Diskussion darüber zu führen, ob diese erforderlich sind oder nicht, ist aus Sicht von LOGO Deutschland nicht nur überflüssig, sondern zeigt auch in erschreckender Weise auf, dass hiermit möglicherweise der Abschied von einer flächendeckenden, medizinischen Versorgung eingeläutet werden könnte.

Quelle: www.logo-deutschland.de/gutachten

Transparenzregelung

Die Transparenzregelung benachteiligt Arbeitgeber*innen und berücksichtigt weder deren eigene, häufig nahezu desolante Situation, noch die Tatsache, dass Gehälter bereits überproportional erhöht wurden und sich diese über den Wettbewerb bei bestehenden Fachkräftemangel selbst regulieren. Personalkosten von deutlich über 50 und zum Teil mehr als 60 Prozent stellen betriebswirtschaftlich ein hohes Insolvenzrisiko für Arbeitgeber*innen dar.

Verschärft wird dieses Risiko durch den hohen Frauenanteil – in der Logopädie 93 Prozent – und daraus resultierenden Umsatzeinbußen durch Schwangerschaft/Mutterschaft, zusätzlich zu durchschnittlichen Krankheitsausfällen. Lohnersatzleistungen fangen die Kosten bei weitem nicht auf.

Selbständige als Arbeitgeber*innen brauchen eine wirtschaftliche Absicherung, die ein zum TVöD vergleichbares Betriebsergebnis möglich macht, einschließlich Altersvorsorge sowie Rückstellungen zur Sicherung des Praxisbetriebes. Bisher müssen sie selbst mindestens 10 Stunden je Woche mehr arbeiten als eine vergleichbar entlohnte und sozial abgesicherte Angestellte, um das annähernd erreichen zu können. Quelle: www.logo-deutschland.de/gutachten

Von daher gehört eine Transparenzregelung, zumindest zum jetzigen Zeitpunkt, nicht ins Gesetz.

Maßgeblichkeit

Die bereits im bestehenden Gesetzestext genutzte Bezeichnung ´maßgebliche Spitzenorganisation` wird in den vorliegenden Änderungsantrag der Koalition übernommen. In Gesetzestexten findet sich der Begriff ansonsten nur im Tarifvertragsgesetz wie folgt:

§ 12 Spitzenorganisationen

(1) Spitzenorganisationen im Sinne dieses Gesetzes sind - unbeschadet der Regelung in § 2 - diejenigen Zusammenschlüsse von Gewerkschaften oder von Arbeitgebervereinigungen, die für die Vertretung der Arbeitnehmer- oder der Arbeitgeberinteressen im Arbeitsleben des Bundesgebietes wesentliche Bedeutung haben.

(2) Ihnen stehen gleich Gewerkschaften und Arbeitgebervereinigungen, die keinem solchen Zusammenschluß angehören, wenn sie die Voraussetzungen des letzten Halbsatzes in Satz 1 erfüllen.

§ 2 Tarifvertragsparteien

(3) Spitzenorganisationen können selbst Parteien eines Tarifvertrages sein, wenn der Abschluß von Tarifverträgen zu ihren satzungsgemäßen Aufgaben gehört.

Nach unserem Verständnis bedeutet dies, übertragen auf den Bereich der Heilmittel, dass Verbände, die Selbständige vertreten und bundesweit gültige Vertragspartnerschaften mit gesetzlichen Krankenkassen eingegangen sind, eine wesentliche Bedeutung haben und von daher als maßgeblich zu betrachten sind.

Nach § 2 (3) können Spitzenorganisationen beteiligt werden, wenn Verhandlungen zu ihren satzungsgemäßen Aufgaben gehören. In einem solchen Fall wäre sicherzustellen, dass Verbände, die einer Spitzenorganisation angehören, ausschließlich durch diese vertreten werden, da ansonsten ein doppeltes Verhandlungsmandat vorläge.

Die Bildung von Spitzenorganisationen und/oder Dachverbänden für die jeweiligen Berufsgruppen ist von daher, auch unter finanziellen Aspekten, weder sinnvoll noch erforderlich. Eine entsprechend geänderte Formulierung ohne das Attribut 'Spitzen' würde dies unterstreichen.

Heilmittelversorgung mit erweiterter Versorgungsverantwortung

Umsetzung

In Anbetracht des zunehmenden Mangels in der ärztlichen Versorgung, insbesondere im ländlichen Bereich, ist es überfällig, Heilmittel abgebenden Berufsgruppen eine deutlich erweiterte Kompetenz zu übergeben, allein um die Versorgung auch in ländlichen Bereichen sicherzustellen. Bereits heute kommt es zu nicht indizierten Behandlungspausen, die die Kosten erhöhen, da Patient*innen zeitnah keinen Termin bei den Verordnenden zur Ausstellung einer Folgeverordnung bekommen.

Der Umsetzung einer erweiterten Versorgungsverantwortung wird mit den vorgeschlagenen Maßnahmen der Gesetzlichen Krankenkassen nicht Rechnung getragen: Würde denen gefolgt, wäre die Blankoverordnung ein Entbürokratisierungsinstrument, würde aber keine erweiterte Versorgungsverantwortung darstellen.

Nach der Verabschiedung des HHVG wurden die dort vorgesehenen, flächendeckenden Modellprojekte zur Blankoverordnung nicht durchgeführt. LOGO Deutschland hat bereits Mitte 2017 allen Landesverbänden aller Krankenkassen eine Modellskizze vorgelegt, die von dort nicht aufgegriffen wurde. Ebenso haben Verbände anderer Berufsgruppen konkrete Vorschläge gemacht. In einigen Stellungnahmen wird nun angeführt, dass es an Erfahrung fehle, insbesondere in den Auswirkungen zur Wirtschaftlichkeit.

Die Konsequenz aus der verpassten Chance der Modellversuche im HHVG: Die ersten vier Jahre der Blankoverordnung müssen von einer Wirtschaftlichkeitsverantwortung freigestellt werden, so wie es auch in Modellversuchen der Fall gewesen wäre.

Der im Gesetz vorgesehenen Evaluation kommt dabei allerdings eine besondere Bedeutung zu, insbesondere auch, weil Strukturen zur Wirtschaftlichkeitsverantwortung im ärztlichen Bereich nicht ohne Weiteres auf die Therapieberufe übertragen werden können.

Evaluation: Fragestellung

Es ist naheliegend, dass es ausschließlich um Kosten und Mengen gehen wird, auch wenn keine genauen Fragestellungen in vorliegenden Stellungnahmen benannt wurden. Allein die anstehenden Vergütungssteigerungen durch die Einführung bundesweite Preise, werden, fälschlicherweise, unverhältnismäßige Ausweitungen suggerieren.

In vorliegenden Stellungnahmen gesetzlicher Krankenkassen wird den Heilmittelerbringenden bereits im Vorhinein ein unwirtschaftliches Verhalten unterstellt, ohne dies zu begründen. Es bestehen zu beiden, Kosten und Mengen, keine verwertbaren Vergleichsmöglichkeiten, denn die zukünftigen Rahmenbedingungen stimmen nicht mit den bisher vorhandenen überein: Allein der Systemwechsel schließt Rückwärtsvergleiche aus.

Ärzt*innen verordnen in Zukunft notwendige Therapie endlich ohne Budgetdruck, und das bei einem steigenden Bedarf bei einer bisher unzureichender Versorgungsdeckung zusätzlich zu einem Mehrbedarf durch den demografischen Wandel. Bei Mengenvergleichen sind eben jene Bedarfe sowie die Bedarfsdeckung unbedingt zu berücksichtigen. Beide stellen jedoch ebenfalls schwer kontrollierbare Variablen dar.

Der GKV-Spitzenverband schlägt vor: „Dabei sollen die aus Patientensicht relevanten Auswirkungen auf die Behandlungs- und Ergebnisqualität berücksichtigt werden.“ Dieses Vorhaben unterstützen wir unbedingt, allerdings gibt es hierfür ebenfalls keine Vergleichsrahmen. Von daher müssen, neben einer wissenschaftlichen Begleitung, die Verbände verbindlich bei der Festlegung von zu evaluierenden Daten einbezogen werden. Allen Beteiligten jedoch muss klar sein, dass der bisherige, jahrelang gleichbleibende Anteil von etwa 3 Prozent der Gesamtausgaben der GKV, allein bei gleichbleibender Versorgung, überschritten werden muss.

Modellversuche Direktzugang

Modellversuche zum Direktzugang sollten ausdrücklich in den Änderungsantrag mit aufgenommen werden. In Anbetracht des ärztlichen Versorgungsmangels, insbesondere im ländlichen Bereich, sollte bereits jetzt die Erprobung des Direktzugangs ausdrücklich möglich gemacht werden!

Saarbrücken, den 11.02.2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Diethild Remmert'.

Diethild Remmert, 1.Vorsitzende

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Christiane Sautter-Müller'.

Christiane Sautter-Müller, Vorstandsmitglied